

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 21 juillet 1896, à 9 heures

JOSEPH THOMAS DE LA PLESSE

Né le 11 juin 1868 à Vitré (Ille-et-Villaine)

ÉTUDE SUR QUELQUES CAS

D'ADÉNOPATHIE TRACHÉO - BRONCHIQUE

HÉRÉDO - SYPHILITIQUE

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { CHARRIN, professeur.
 { ACHARD, WURTZ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1896

482

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 21 juillet 1896, à 9 heures

JOSEPH THOMAS DE LA PLESSE

Né le 11 juin 1868 à Vitré (Ille-et-Villaine)

ÉTUDE SUR QUELQUES CAS

D'ADÉNOPATHIE TRACHÉO - BRONCHIQUE

HÉRÉDO - SYPHILITIQUE

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { CHARRIN, professeur.
ACHARD, WURTZ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVÉ

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire

M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERRER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR STRAUS

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES

MEIS ET AMICIS

ÉTUDE SUR QUELQUES CAS
D'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE
HÉRÉDO-SYPHILITIQUE

L'adénopathie trachéo-bronchique, d'origine et de nature syphilitiques, commence à être connue aujourd'hui. Pourtant c'est une manifestation relativement rare de la syphilis héréditaire.

Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas intéressant et nous avons pensé que cette observation pouvait devenir la base de recherches bibliographiques. Les résultats de ces recherches sont consignés dans ce modeste mémoire dont nous faisons notre thèse inaugurale.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous devons adresser nos remerciements sincères à tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux et en particulier à MM. Straus, Reynier et Moizard. C'est pour nous un devoir bien doux et nous nous en acquittons aujourd'hui avec le plus grand plaisir.

M. le professeur Straus a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre reconnaissance.

ETIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

S'il est vrai que les accidents primitifs et secondaires de la syphilis tertiaire sont rares dans l'appareil respiratoire, sauf au larynx, assez fréquemment le siège de plaques muqueuses, il est certain aussi que la période tertiaire de la diathèse, acquise ou héréditaire semble y manifester assez fréquemment son influence.

« Cependant, dit Forget, les viscères profonds résistent longtemps, et ce n'est qu'à une période avancée de la maladie qu'ils se trouvent directement mis en cause. Or la situation profonde des lésions, la lenteur habituelle de la réaction que peut leur opposer un organisme dès longtemps préparé par l'action débilitante de la diathèse, jointes aux difficultés de l'observation devaient forcément cacher leur spécificité à des examinateurs peu attentifs. » Ce sera donc une des conquêtes médicales de la seconde moitié de notre siècle que d'avoir su rendre à la syphilis pulmonaire la part à laquelle elle a droit.

L'adénopathie trachéo-bronchique hérédo-syphilitique surtout est vraiment connue depuis peu de temps ; mais les observations sont aujourd'hui suffisamment nom-

breuses pour que nous puissions chercher à en tracer le tableau clinique.

Quant à l'anatomie pathologique, que nous allons brièvement résumer, elle ne diffère guère de la syphilis tertiaire des ganglions en général.

MM. Virchow et Lancereaux, les premiers ont étudié et décrit la syphilis tertiaire ganglionnaire et ils lui assignent deux formes : l'une gommeuse, l'autre scléreuse. M. Cornil en ajoute une troisième catarrhale qui doit être très rare (Forget).

La forme scléreuse serait à la fois la moins grave dans la région trachéo-bronchique et la plus fréquente. Les ganglions sont alors peu volumineux et par conséquent ne déterminent aucun trouble respiratoire et sont difficiles à constater par l'exploration physique. C'est pour cette raison qu'on est resté si longtemps sans constater leur présence dans la syphilis.

Lorsque les deux sortes de lésions, scléreuse et gommeuse, sont réunies, ou lorsque le ganglion est le siège d'une gomme simple son volume devient considérable. Ces cas, surtout le dernier sont les plus rares. Alors ces ganglions syphilitiques ont une grande ressemblance avec les adénites strumeuses.

Plus que les ganglions tuberculeux pourtant ils ont une certaine tendance à s'incruster de sels calcaires et à acquérir même parfois une consistance pierreuse ou osseuse que n'ont jamais les ganglions strumeux avant la période de guérison spontanée. Dans les ganglions syphilitiques on trouve fréquemment des noyaux indurés criant sous le scalpel. Leur ramollis-

sement en général ne se produit que très tard, à la période ultime de leur évolution. Les gommés intra-ganglionnaires ont un aspect qui rappelle celui des nodules jaunâtres. Ces nodules sont formés par la dégénérescence granulo-graisseuse des éléments cellulaires du follicule. Ils sont limités par des cloisons fibreuses très épaisses et très denses qui ont remplacé le fin réticulum lymphatique normal.

Au point de vue histologique, « les ganglions, dit le professeur Cornil, durcis par le séjour successif dans le liquide de Muller, la gomme et l'alcool et examinés sur des sections minces ont montré que tous les vaisseaux lymphatiques périganglionnaires et capsulaires, les voies lymphatiques, les sinus périfolliculaires et tout le tissu caverneux des ganglions étaient remplis et distendus à un haut degré par de grandes cellules globuleuses, d'aspect épithélioïde, provenant des cellules lymphatiques et des cellules tuméfiées de l'endothélium qui revêt les voies lymphatiques.

Au centre des ganglions, notamment quand on avait débarrassé par le pinceau les éléments cellulaires libres de la coupe, on voyait de grandes cavités alvéolaires représentant les sections des canaux lymphatiques afférents. Le tissu réticulé avait des mailles très agrandies, les canaux lymphatiques des ganglions étaient extrêmement élargis. Les mailles dilatées contenaient de grandes cellules endothéliales gonflées et des cellules lymphatiques normales. »

SYMPTOMATOLOGIE

Les ganglions trachéo-bronchiques sont répartis en trois groupes principaux : 1° dans l'angle des deux branches *intertrachéo-bronchique* ; 2° dans l'angle à sinus externe formé par la trachée et la bronche droite : groupe *péritrachéo-bronchique droite* ; 3° dans la région correspondante à gauche : groupe *péritrachéo-bronchique gauche*. Deux autres groupes sont aussi communément décrits sous des noms distincts, ce sont : le groupe *sus-bronchique* ou *interbronchique* et le groupe *rétro-sternal*.

Bien que ces groupes aient avec la paroi thoracique des rapports plus ou moins intimes que leur état pathologique ne fait qu'augmenter dans des proportions plus ou moins grandes, pourtant, à l'état normal, ils ne font pas varier les données de l'examen des organes circonvoisins, et il est impossible de les délimiter à la percussion, soit directe, soit plessimétrique.

Lorsqu'une maladie quelconque a augmenté leur volume, dans quelles régions faut-il les rechercher ? En avant ou en arrière de la partie médiane et supérieure du thorax.

La région antérieure a été décrite et étudiée par Noël Guéneau sous le nom de *région ganglionnaire antérieure*. Telle que l'a comprise cet auteur, cette zone, de forme quadrilatère, comprend toute la première pièce du sternum, les articulations de cet os avec les deux premières côtes et la partie interne des espaces intercostaux adjacents, dans une étendue un peu plus grande à droite qu'à gauche, le plus souvent. Le bord inférieur de cette région coïncide à peu près avec le bord supérieur de la troisième côte. La limite supérieure est le bord supérieur de la clavicule.

En arrière c'est vers la région interscapulaire que la percussion peut être modifiée dans les résultats qu'elle fournit chez l'enfant. D'une manière plus précise elle correspond aux lames de la septième cervicale et des trois premières dorsales.

Si dans chacune de ces régions on veut procéder à une analyse minutieuse, on pourra se rappeler que :

A l'articulation sterno-claviculaire droit correspondent les ganglions péritrachéo-bronchiques droits. Il est vrai que les ganglions situés entre le sternum et la veine-cave supérieure sont également en rapport avec cette articulation.

Au premier espace intercostal gauche et à la partie de la deuxième côte qui est immédiatement au dessous correspondent les ganglions péritrachéo-bronchiques gauches.

Aux lames des vertèbres, septième cervicale, première, deuxième et troisième dorsales, c'est-à-dire à la région ganglionnaire postérieure, correspondent les

ganglions sus et inter-bronchiques et les ganglions inter-trachéo-bronchiques.

A l'état normal, toutes ces régions sont sonores chez l'enfant et la percussion n'indique en elles que des différences tellement faibles qu'on peut les négliger.

Lorsque les ganglions sont hypertrophiés, le son peut être *aigu* ou plus souvent *mat* ou *submat*. Cette élévation de la tonalité pourrait induire en erreur un observateur peu expérimenté.

Par leur augmentation de volume, les ganglions trachéo-bronchiques compriment les organes qui sont en rapport avec eux. Cette compression même est la cause de la plupart des symptômes fonctionnels qu'on observe en cette circonstance.

A la compression des vaisseaux ressortissent la cyanose de la face, la dilatation des veines jugulaires, l'apparition parfois d'une circulation sous-cutanée complémentaire.

C'est à la compression des nerfs que sont dus l'affaiblissement de la voix, sa raucité. Parfois elle devient alors éraillée, bitonale, fausse (compression des récurrents).

La compression des pneumo-gastriques détermine des altérations des battements du cœur qui deviennent tumultueux, des troubles respiratoires qui sont principalement de la toux, des accès pseudo-asthmatiques, etc.

La compression de la trachée et des bronches produit du cornage, du tirage, du souffle bronchique, du

tympanisme à la percussion du département pulmonaire dont la bronche est comprimée ; on observe en outre un allongement de l'inspiration qui se fait en plusieurs temps par ressauts.

Si nous passons en revue les observations d'adénopathie hérédosyphilitique publiées jusqu'à ce jour, nous voyons que ces symptômes ont toujours été constatés d'une manière plus ou moins nette, plus ou moins complète. Dans celle d'Artigalas, qui concerne un enfant de dix ans, nous voyons notés les signes suivants : à l'inspection, le thorax est maigre, en carène, les creux sucs et sous-claviculaires sont déprimés et fortement prononcés, les jugulaires sont dilatées, et sur la face antérieure du cou, on voit un lacis veineux abondant qui s'affaisse complètement par le repos, mais qui gonfle par un effort quelconque.

A la percussion, la sensation d'élasticité normale a fait place sur le manubrium sternal à une sensation de résistance. On constate une zone de matité circonscrite à droite par un tympanisme à timbre éclatant et tonalité élevée, s'étendant depuis le bord supérieur du sternum et de la clavicule jusqu'au bord supérieur de la côte. La matité est surtout prononcée au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Les limites latérales de la zone mate se confondent avec le sternum, excepté à droite où elle dépasse ce bord d'environ quatre centimètres. La région sous-claviculaire droite est franchement tympanique.

A l'auscultation, on trouve une respiration affaiblie dans de notables proportions, quelques râles sonores.

A droite, les vibrations thoraciques sont diminuées, de sorte que sous la clavicule droite, le schème est : S+ ; V— ; R—. A gauche : S= ; V= ; R—. La transsonnance métallique est abolie dans les deux tiers internes de la clavicule droite, très affaiblie dans le tiers interne de la clavicule gauche. Au sommet gauche, la respiration est diminuée, quoique bien moins qu'à droite. Les lames des trois premières vertèbres dorsales sont mates ; dans tout le sommet droit, on trouve un souffle dur, presque caverneux, une respiration diminuée avec quelques râles humides, des vibrations thoraciques diminuées. A gauche, on ne constate qu'une légère diminution du murmure vésiculaire. Les deux tiers inférieurs des deux poumons ont une respiration très énergique supplémentaire.

Les mouvements respiratoires sont lents. L'inspiration et l'expiration se font en plusieurs temps. La toux est très pénible, quinteuse. Souvent l'enfant a des quintes de toux qui durent plusieurs minutes et qui semblent la menacer d'asphyxie. L'expectoration muco-purulente est considérable.

Le cœur bat très fort ; chaque systôle ébranle la paroi thoracique et le soulèvement de la pointe est visible même de loin. La main appliquée sur la poitrine sent un frémissement assez prononcé ; la pointe bat au bord supérieur de la sixième côte, à 3 centimètres au-dessous du mamelon, à peu près sur la ligne mamelonnaire, cependant un peu en dedans. Souffle au deuxième temps au bord supérieur de la troisième côte droite, à un travers de doigt du sternum, sans

propagation dans les vaisseaux du cou; pas de souffle à la pointe, pas de dédoublement des bruits normaux.

En somme chez cet enfant, du côté des poumons on a noté le retard et l'allongement du type respiratoire, du souffle bronchique, le schème de la compression du côté de la veine-cave supérieure et des symptômes de gêne circulatoire dans les veines cervicales superficielles.

La compression nerveuse n'a pas déterminé d'altération de la voix; mais une toux quinteuse, spasmodique, survenant par grands accès, une tachycardie extrêmement prononcée avec impulsion systolique augmentée.

Les données de l'examen direct du thorax prouvent que les ganglions trachéo-bronchiques ont augmenté de volume et que surtout les ganglions droits, les péri-trachéo-bronchiques et ceux qui enveloppent le pneumogastrique droit et la veine-cave sont hypertrophiés. En somme l'existence du syndrome de l'adénopathie trachéo-bronchique nous paraît suffisamment démontrée.

Dans l'observation II de la thèse de Dufourc (Bordeaux, 1887) les symptômes sont plus brièvement étudiés; mais non moins nets. Outre des ganglions cervicaux nombreux et très gros, visibles directement, il en existe dans le thorax qui sont diagnostiqués parce que, à la percussion de la poitrine, il y a de la matité en avant dans toute la zone ganglionnaire et en arrière, dans la région ganglionnaire droite. Souffle rude sous la clavicule droite et en arrière; vibrations presque

abolies. Tympanisme sous la clavicule. Respiration très faible. Accès de toux spasmodiques Cornage pendant le sommeil; 120 pulsations cardiaques à la minute.

Dans une autre observation d'Artigalas, l'enfant, lorsqu'elle fut vue par ce clinicien, professeur agrégé à la faculté de médecine de Bordeaux, toussait en quintes depuis six mois, surtout quand elle était couchée. Elle devait dormir assise et avait du cornage surtout quand la tête était renversée en arrière. Sur la face antérieure du thorax, la région ganglionnaire était mate. La matité à droite, ne dépassait pas le sternum. Sous la clavicule gauche, la respiration était soufflante, le murmure vésiculaire diminué, ainsi que les vibrations. A la percussion, la tonalité était très élevée. Le nombre des mouvements respiratoires était de 13 à 14 par minute. Il n'y avait rien au cœur.

Dans l'observation IV de la thèse de Dufourc, nous voyons encore signalées de la submatité dans les régions ganglionnaires antérieure et postérieure, au-dessous des deux articulations sterno-claviculaires principalement. L'enfant avait de plus une toux rythmée et sa voix était presque éteinte.

Le Dr Julia, qui a eu également l'occasion d'observer un cas de ce genre, a décrit d'une manière méthodique les phénomènes présentés par sa malade atteinte de syphilis héréditaire tardive, ainsi que le démontrent fort nettement les commémoratifs.

Examen de la poitrine. — A droite et en avant, le creux sus-claviculaire est plus prononcé que du côté

gauche. Les vibrations thoraciques sont exagérées à la partie supérieure.

Percussion. — Matité depuis la clavicule jusqu'au deuxième espace intercostal, sur une étendue de deux travers de doigt en largeur à droite du sternum. Submatité immédiatement sous la clavicule.

Auscultation. — Inspiration saccadée, surtout quand la malade respire doucement ; expiration prolongée. La transsonnance métallique est abolie dans les deux tiers internes, diminuée à la partie externe de la clavicule. En arrière, vibrations thoraciques exagérées dans toute l'étendue du poumon.

Percussion. — Submatité dans la fosse sus-épineuse. Sa sonorité est diminuée dans le reste du poumon.

Auscultation. — Inspiration saccadée, expiration prolongée. Quelques craquements au niveau de la fosse sus-épineuse. Râles humides à l'angle de l'omoplate.

A gauche : la palpation et la percussion ne donnent rien de particulier. A l'auscultation on perçoit une expiration prolongée.

En une quinzaine de jours, tous ces symptômes s'amendent considérablement sous l'influence du traitement spécifique qui a consisté seulement en sublimé dans une potion.

Dans notre observation personnelle, les symptômes de l'adénopathie trachéo-bronchique, bien que rapidement passés en revue, ne sont pas moins nets. Chez cet enfant âgé de cinq ans qui présente la triade d'Hutchinson et dont la mère est certainement syphilitique, nous avons noté :

Une dilatation très notable des veines du cou qui sont saillantes surtout quand l'enfant fait un effort ou crie.

La respiration est facile dans la position normale; mais si on lui place la tête dans une position déclive, on voit survenir un peu de cornage.

A la percussion : matité dans la partie interne des premiers espaces intercostaux droit et gauche, sur une étendue de deux travers de doigt.

Matité aussi dans la région interscapulaire, au niveau des parties latérales des trois premières vertèbres dorsales. En ces mêmes régions, la diminution de l'électricité de la paroi est très facile à constater.

En auscultant le sommet droit, nous remarquons que le murmure respiratoire est affaibli, moins intense qu'à la partie moyenne du poumon.

Au sommet gauche, souffle bronchique. Pas de râles, pas de signes d'altération de parenchyme pulmonaire; mais seulement des signes de compression.

PREUVES DE LA NATURE SYPHILITIQUE DE CETTE ADÉNOPATHIE

Ainsi qu'on a pu le constater par le bref aperçu symptomatique que nous avons donné dans le chapitre précédent, l'adénopathie trachéo-bronchique qui reconnaît pour cause la syphilis héréditaire ne se révèle pas par des symptômes différents eux-mêmes de ceux des autres adénopathies.

La seule différence existe peut-être dans la marche et l'évolution. « L'adénopathie hérédo-syphilitique, à notre connaissance du moins, n'a jamais présenté la marche foudroyante (?) de certaines autres. Les symptômes de compression des organes voisins ne sont jamais aussi bruyants que dans certains cas d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse ».

Mais ce n'est pas là un élément suffisant, car l'adénopathie tuberculeuse n'a que bien rarement des allures rapides; ordinairement sa marche est chronique et son évolution lente. C'est donc dans les antécédents concomitants d'une part et d'autre part dans l'action du traitement spécifique qu'il faut chercher les principaux

éléments du diagnostic et de la nature de cette adénopathie.

Or, tous les malades dont nous discutons les observations étaient très nettement des syphilitiques héréditaires. Les renseignements trouvés dans les observations l'indiquent avec une netteté suffisante.

Sauf dans notre observation inédite dont le sujet avait six ans, les autres malades avaient de huit à quinze ans ; tous ont des traces indéniables d'hérédosyphilis.

Dans l'observation I de la thèse de Dufourc, nous lisons :

« Par l'interrogatoire, nous apprenons que la mère a fait deux fausses couches à sept mois et demi et huit mois avant d'avoir l'enfant que nous examinons. Cinq ans avant la naissance de A..., c'est-à-dire immédiatement après son mariage, la mère a eu mal à la gorge, a perdu ses cheveux et présenté sur le corps des taches jaunâtres. Une éruption à la paume des mains existait en même temps. Un mois et demi avant ces accidents, le mari (matelot, de retour d'un voyage en Australie) avait présenté des phénomènes analogues. Voilà pour les antécédents héréditaires. L'examen de la malade n'est pas moins probant : âgée de dix ans, les bosses frontales saillantes, elle a des dents hérédosyphilitiques telles que les a décrites M. Artigalas, en train de se transformer en dents d'Hutchinson. Elles sont crénelées, cuspidées, à trois pointes sur leur bord libre, ulcérées sur leur face antérieure. Ainsi donc, syphilis certaine chez le père et la mère, dents syphilitiques

chez l'enfant, voilà ce que nous trouvons dans cette observation. Mais ce n'est pas tout. Contre l'adénopathie elle-même, quel a été le résultat du traitement spécifique employé selon la formule suivante :

Iodure de potassium 10 grammes ; sublimé corrosif cinq centigrammes ; sirop de groseille 150 grammes. Trois cuillerées à café par jour ; chlorate de potasse 3 grammes par jour.

Voilà ce que nous dit l'observation :

Sous l'influence de la médication spécifique, l'appétit revient dès la première semaine et la céphalalgie cesse. Puis le cœur reprend petit à petit l'allure normale ; le souffle de la base disparaît. Petit à petit la matité interscapulaire diminue, puis disparaît. En même temps la respiration devient plus active dans le sommet des deux poumons ; les vibrations thoraciques reparaissent. Modifications parallèles en avant pour la région ganglionnaire antérieure, mais surtout pour le groupe péri-trachéo-bronchique droit. Après 25 jours de traitement, c'est à peine si on trouve de la matité au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Peu à peu aussi sous la clavicule droite revient le murmure vésiculaire, l'inspiration et l'expiration se régularisent ; la toux commence par cesser d'être quinteuse, les cris de suffocation spasmodique diminuent de fréquence, puis disparaissent. L'enfant est revue en janvier 1886 : le cœur ni les poumons ne présentent plus rien d'anormal. Elle est encore revue en 1887, à plusieurs reprises. La guérison se maintient.

Donc, si la preuve formelle de la syphilis héréditaire

chez cette enfant ne peut être faite, toutes les probabilités sont pour ce diagnostic. Nous en avons énuméré un certain nombre; nous venons, en outre, d'en exposer une dernière : le fait de la guérison par un traitement mixte au mercure et à l'iodure. « Nous ne connaissons pas, dit M. Dufour, d'observation d'adénopathie bronchique qui ait ainsi cédé au traitement énergique de la vérole, et nous verrons par les autres cas combien la guérison est rapidement obtenue par un traitement spécifique.

Dans l'observation II de la même thèse, nous trouvons signalés : « syphilis du père, polyléthalité des enfants : la mère a eu quatre fausses couches dont une à huit mois. Chez le sujet lui-même : infantilisme, dentition retardée et dents d'Hutchinson; marche tardive, cicatrices blanches au dos et aux fesses. Taches corneennes; surdité de l'oreille gauche. » En somme la triade d'Hutchinson au complet.

Dans un cas de M. le professeur agrégé Artigalas, les commémoratifs ne sont pas moins probants : la mère a eu la syphilis en 1873, un enfant mort en 1874. L'enfant à six mois a eu de l'onyxis, un coryza; une éruption dont il reste des taches en 1879 (l'enfant a 10 ans). Le nez s'est écrasé en 1877. Angine syphilitique au même moment. En 1875 kératite à répétitions qui a laissé une taie centrale de l'œil droit. Dents spéciales décrites par M. Artigalas.

Sous l'influence du traitement mixte, la guérison a lieu en deux mois.

Dans le cas du D^r Julia, les commémoratifs sont à

peu près nuls, et nous le regrettons; mais très rapidement, dit cet auteur (en 15 jours), sous l'influence du traitement spécifique (sublimé), les symptômes thoraciques se sont amendés; la malade a engraisé d'une manière spéciale.

Dans notre cas personnel, le père avoue la syphilis, la mère a reçu à l'hôpital Saint-Louis le traitement spécifique (pilules de protoiodure, liqueur de Van Swieten). Elle a eu plusieurs fausses couches avant l'enfant qui fait le sujet de notre observation. L'enfant lui-même petit, maigre, chétif, a un crâne bosselé, des opacités cornéennes, des dents vicieusement implantées, les incisives ont un bord érodé en demi lune. Il a eu du côté des oreilles des accidents qui ont laissé un peu de surdité. La voûte palatine est un peu ogivale. Les membres supérieurs, bras et avant-bras, légèrement incurvés, etc.

Sous l'influence du traitement mixte (mercure et iodure), il a guéri en six semaines environ.

Nous avons donc, ou du moins nous croyons avoir démontré que chez des enfants indiscutablement hérédosyphilitiques, on peut observer des adénopathies trachéo-bronchiques qui guérissent avec une merveilleuse rapidité sous l'influence du traitement spécifique. Il est donc rationnel de rattacher ces adénopathies à la syphilis héréditaire.

TRAITEMENT. — PRONOSTIC

Sans vouloir insister sur ce point traité magistralement par M. le professeur Fournier dans son livre sur la syphilis héréditaire, nous ne pouvons cependant la passer complètement sous silence, puisqu'il a été la pierre de touche qui a permis d'affirmer la nature hérédo-syphilitique des adénopathies trachéo-bronchiques chez les enfants observés jusqu'à ce jour.

Dans toutes ces observations on voit que le traitement employé a été le traitement mixte : mercure (sublimé, protoiodure), et iodure de potassium. Dans toutes aussi, les préparations mercurielles ont été administrées par le tube digestif. Dans aucun cas, il n'y a eu d'urgence absolue, de péril en la demeure. Dans le cas où il en serait autrement, les frictions mercurielles, les injections intra-musculaires de préparations solubles ou insolubles de mercure pourraient être tentées.

Ce traitement mixte, traitement curateur, sera administré de telle façon qu'il puisse être associé à un traitement reconstituant et prolongé sans dommage jusqu'à ce que tout danger soit écarté, c'est-à-dire

(Dufourc) au moins deux ans après le dernier retour offensif du mal.

Grâce à ce traitement, dans toutes les observations recueillies, la guérison s'est produite. Nous pouvons donc dire que, traitée rationnellement, l'adénopathie trachéo-bronchique hérédo-syphilitique est d'un pronostic bénin.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Inédite.

Le nommé G... Alphonse, vient avec sa mère à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, le 13 septembre 1895.

La mère vient pour une lésion cutanée, circonscrite, qui est très nettement une syphilide tuberculeuse en cercle, à évolution excentrique. Le centre est très superficiellement cicatrisé. Elle ne se rappelle pas avoir eu du chancre; mais elle nous explique très clairement qu'il y a sept ans, elle a eu sur le corps une éruption de taches rouges, des plaques muqueuses à la bouche, aux parties génitales et à l'anus. Son mari avait eu quelques mois auparavant une éruption analogue, qu'elle avait elle-même remarquée et pour laquelle il s'était fait soigner à l'hôpital Lariboisière. Après cette éruption qui fut traitée à Saint-Louis par les pilules de protoiodure et du chlorate de potasse, elle a eu une fausse couche de trois mois; puis une autre de six mois, bien qu'elle eut continué le traitement d'une manière très régulière comme cela lui avait été conseillé.

L'enfant a actuellement cinq ans, sa tête est volumineuse, ses bosses frontales surtout sont très saillantes, et inégales. Sur les cornées, on voit de petits leucomes, qui sont survenus, dit la mère, il y a trois ans. En même temps, dit-elle, l'enfant se plaignait un peu des oreilles, et depuis, il a l'ouïe un peu dure.

L'examen de la bouche nous montre que la voûte palatine est un peu ogivale, assez profonde. Les dents sont irrégulièrement implantées. Les incisives, tronconique, sont terminées par un bord excavé, en demi-lune et érodé.

Les membres supérieurs, humérus et avant-bras, sont légèrement incurvés. Nouures et chapelet rachitique peu marqués.

La mère l'amène surtout parce qu'il a la figure légèrement bouffie et la respiration gênée, et parce qu'il a une toux quinteuse ; mais sans reprises et sans vomissements.

En l'examinant nous trouvons que les veines superficielles du cou sont saillantes surtout quand l'enfant fait un léger effort. Si on lui place la tête dans une position très déclive, il se produit un léger cornage.

A la percussion, matité dans la partie interne des premiers espaces intercostaux droit et gauche, sur une étendue en largeur de deux travers de doigt.

Matité aussi dans la région intercapsulaire, au niveau des premières vertèbres dorsales.

Au sommet droit, affaiblissement du murmure vésiculaire.

Au sommet gauche, souffle bronchique.

Les battements du cœur sont normaux.

L'enfant est soumis au traitement mixte : Protoiodure de mercure un centigramme par jour. Iodure de potassium cinquante centigrammes.

Il revient quinze jours après et nous notons une cer-

taine amélioration. Le cornage ne se produit plus dans quelque position qu'on place l'enfant. La matité est moins étendue, et le souffle du sommet gauche est à peine perceptible.

En deux mois, la guérison fut complètement obtenue.

Nous ne l'avons pas revu.

OBSERVATION II

Artigalas, in thèse de Dufourc, 1887.

Au... G..., est accompagnée par sa mère à la consultation gratuite de l'hôpital Saint-André le 28 janvier 1885. Cette enfant, âgée de 10 ans et demi, a une figure régulière, le front proéminent et paraît fort intelligente. Elle souffre depuis trois mois de palpitations cardiaques, étourdissements, anhélation et céphalée excessivement pénible, survenant surtout vers le coucher du soleil. L'enfant saigne très souvent du nez, la peau est décolorée, avec une teinte enfumée, les muqueuses sont pâles. Cependant, hors un air de lassitude sans raison, et l'apparence vieillie que le développement exagéré du front imprime à la physionomie, l'enfant paraît assez bien se porter. Pas trace de scrofule. Une toux très opiniâtre et très pénible, survenant par quintes, fatigue la malade depuis à peu près trois mois.

Pour faire le traitement des symptômes ci-dessus, divers médicaments ont été employés : digitale, fer, etc., tous inutilement du reste.

Par l'interrogatoire, nous apprenons que la mère a fait deux fausses couches à sept mois et demi et huit mois avant d'avoir l'enfant que nous examinons en ce moment. Avant la naissance de A..., c'est-à-dire immé-

diatement après son mariage, la mère a eu mal à la gorge, a perdu ses cheveux et présenté sur le corps des taches jaunâtres. Une éruption à la paume des mains existait en même temps. Un mois et demi avant ces accidents, le mari (matelot, de retour d'un voyage en Australie), avait présenté des phénomènes analogues.

Examen de la malade : Les dents sont des dents hérédo-syphilitiques en train de se transformer en dents d'Hutchinson. Elles présentent les caractères suivants : toutes crénelées, cuspidées, à trois points sur leur bord libre, ulcérées sur leur face antérieure.

A la palpation du cou, on trouve des deux côtés une chaîne ganglionnaire, de ganglions de petit volume et durs, non agglomérés, sauf dans les points où ils le sont normalement.

A l'inspection, le thorax est maigre, en carène ; les creux sus et sous-claviculaires sont déprimés et fortement prononcés. Les jugulaires sont dilatées, et sur la face antérieure du cou se voit un lacis veineux abondant qui s'affaisse complètement au repos, mais qui gonfle par un effort quelconque.

A la percussion, la sensation d'élasticité normale a fait place à une augmentation de résistance sur le manubrium sternal. On constate une zone de matité circonscrite à droite par un tympanisme à timbre éclatant et tonalité élevée, s'étendant depuis le bord supérieur de la troisième côte. La matité est surtout prononcée au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Les limites latérales de la zone mate se confondent avec les bords du sternum excepté à droite où elles dépassent ce bord d'environ quatre centimètres. La région sous-claviculaire droite est franchement tympanique.

A l'auscultation, on trouve une respiration affaiblie dans de notables proportions, quelques râles sonores

À droite, les vibrations thoraciques sont diminuées, de sorte que sous la clavicule droite, le schéma est S + ; V — ; R — À gauche S = ; V = ; R —.

La trousseau métallique est abolie dans les deux tiers internes de la clavicule droite, très affaiblie dans le tiers interne de la clavicule gauche. Au sommet gauche, la respiration aussi est diminuée quoique bien moins qu'à droite. Les lames vertébrales des trois premières vertèbres dorsales sont mates ; dans tout le sommet droit, on trouve un souffle dur, presque caverneux, une respiration diminuée avec quelques râles humides, des vibrations thoraciques diminuées. En résumé : S + tympanisme aigu ; V — ; R —. À gauche, on ne constate qu'une légère diminution du murmure vésiculaire. Les deux tiers inférieurs des deux poumons ont une respiration très énergique, supplémentaire.

Les mouvements respiratoires sont lents. L'inspiration et l'expiration se font en plusieurs temps. La toux très pénible est quinteuse ; souvent l'enfant a des quintes de toux qui durent plusieurs minutes et qui semblent le menacer d'asphyxie. L'expectoration muco-purulente est considérable.

On ordonne : iodure de potassium, 10 grammes, sublimé corrosif, cinq centigrammes ; sirop de groseilles, 150 grammes. Trois cuillerées à café par jour. Chlorate de potasse, 3 grammes par jour.

Le cœur bat très fort ; chaque systole ébranle la paroi thoracique et le soulèvement de la pointe est visible, même de loin.

La main appliquée sur la poitrine sent un frémissement assez prononcé ; la pointe au bord supérieur de la sixième côte, à trois centimètres au-dessous du mamelon et à peu près sur la ligne mamelonnaire, cepen-

dant un peu en dedans. Souffle au deuxième temps, au bord supérieur de la troisième côte droite, à un travers de doigt du sternum, sans propagation dans les vaisseaux du cou ; pas de souffle à la pointe, pas de dédoublement des bruits normaux.

Nous revoyons la petite malade tous les huit jours pendant deux mois, puis tous les quinze jours jusqu'au mois de juin. Sous l'influence de la médication spécifique, l'appétit revient dès la première semaine et la céphalalgie cesse ; puis le cœur reprend petit à petit l'allure normale ; le souffle de la base disparaît. Petit à petit, la matité interscapulaire diminue, puis disparaît ; en même temps, la respiration devient plus active dans le sommet des deux poumons, les vibrations thoraciques reviennent. Modifications parallèles en avant pour la région ganglionnaire antérieure, mais surtout pour le groupe péricrânio-bronchique droit. Après 25 jours de traitement, c'est à peine si on trouve de la matité au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Peu à peu aussi, sous la clavicule droite, revient le murmure vésiculaire, l'inspiration et l'expiration se régularisent ; la toux commence par cesser d'être quinteuse, les crises de suffocation spasmodique diminuent de fréquence, puis disparaissent. L'enfant est revue en janvier 1886 : le cœur ni les poumons ne présentent plus rien d'anormal. Elle est encore revue en 1887 à plusieurs reprises. La guérison se maintient.

OBSERVATION III

Artigalas, in thèse de Forget.

Syphilis du père. Polyéthéisme des enfants. La mère a eu quatre fausses couches, dont une à huit mois. Infantisme.

Dentition retardée. Dents spéciales (Hutchinson). La malade n'a marché qu'à trois ans. Cicatrices blanches aux fesses et au dos. Taches cornéennes. Surdité de l'oreille gauche.

Nombreux ganglions cervicaux très gros à la percussion de la poitrine, matité en avant dans toute la zone ganglionnaire et dans la région ganglionnaire droite. Souffle rude sous la clavicule droite et en arrière.

Vibrations presque abolies. Tympanisme sous la clavicule. Respiration très faible. Accès de toux spasmodique.

Cornage pendant le sommeil.

120 pulsations par minute.

16 inspirations par minute.

Guérison en 41 jours par le traitement anti-syphilitique.

OBSERVATION IV

Artigalas, 1885.

Léonie B..., âgée de 10 ans.

La mère a eu la vérole en 1873, un enfant mort en 1874.

Antécédents de la malade. — A six mois, onyxis, coryza, éruption dont il reste des taches blanchâtres déprimées. Le nez s'est écrasé en 1877, entre deux et trois ans. Angine syphilitique au même moment.

En 1879, kératite   répétition qui a laissé une baie centrale de l'œil droit. Dents spécifiques.

Toux depuis six mois, en quintes, surtout quand la malade est couch e. Elle doit dormir assise. Cornage quand la tête est renversée en arrière.

Ganglions cervicaux engorgés.

Matité à la région ganglionnaire sur la face antérieure du thorax. La matité ne dépasse pas le sternum à droite.

Souffle sous la clavicule gauche.

R —.

V —.

S +.

Respiration : 13 à 14 par minute. Rien au cœur.

Traitement pendant 60 jours.

Guérison.

Revue en 1886 et 1887. Guérison.

OBSERVATION V

Artigalas, in thèse de Forget.

Jean X..., 8 ans.

La mère a eu deux fausses couches à 7 mois 1/2. Le père a eu la syphilis un an avant le mariage ; plaques muqueuses, 30 jours après le chancre. Il a repris du mercure lors des avortements de sa femme.

Gomme tibiale.

Enfant petit. Coryzas fréquents et impétigo du cuir chevelu.

Il y a cinq mois, essoufflement, glandes au cou. Le malade toussé par quintes ; crachats muco-purulents, pas d'hémoptysies.

Dents spéciales, éruption tardive, cannelures sur les faces et érosions sur les bords ; nanisme des incisives latérales.

Thorax aplati, cartilages costaux proéminents.

Muscles grêles.

Le cœur bat à deux centimètres en dedans de la

ligne mamelonnaire, au niveau de la sixième côte.
Timbre métallique, pas de souffle excepté au niveau de la troisième côte à gauche, 180 pulsations par minute.

Submatité sous les deux articulations sterno-claviculaires, 20 inspirations par minute.

R — à droite et à gauche
V — id

Entre les deux épaules, matité complète de la septième cervicale à la quatrième dorsale.

Au niveau de la quatrième dorsale de chaque côté : gros râles, souffle fort à l'inspiration, doux à l'expiration.

Toux rythmée.

Voix presque éteinte.

Traitement :

Iodure de potassium . . .	15 grammes
Sublimé corrosif	4 centigrammes
Glycérine	130 grammes

Deux cuillerées à café par jour.

20 février. — Même traitement. Appétit revenu.
Cœur calmé.

25 mai. — Guérison.

Revu en 1886.

OBSERVATION VI

(Communiquée par Julien à M. Dufoure).

L... Clémence, âgée de 28 ans.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 64 ans est bien portant. Mère morte de la poitrine à l'âge de 46 ans.

CONCLUSIONS

La syphilis héréditaire peut se compliquer, comme la syphilis acquise, d'adénopathies trachéo-bronchiques.

Comme dans la syphilis acquise, et plus souvent peut-être, l'adénopathie trachéo-bronchique hérédosyphilitique, souvent liée à des lésions pulmonaires de même nature, peut exister sans qu'aucune syphilose pulmonaire ait été constatée.

La nature syphilitique de ces adénopathies est démontrée par les commémoratifs, l'existence de la triade d'Hutchinson plus ou moins complète, chez les sujets observés, et par les guérisons rapides qu'a données le traitement mixte (mercure et iodure de potassium associés).

Le pronostic de l'adénopathie trachéo-bronchique hérédosyphilitique bien traitée, est bénin ; la guérison est survenue dans tous les cas publiés jusqu'à ce jour.

Cinq frères ou sœurs dont deux morts en naissant et une sœur à l'âge de 14 ans.

L'aînée des sœurs, âgée de 32 ans, a souffert des yeux jusqu'à l'âge de 22 ans; un œil serait à peu près perdu.

Antécédents personnels. — La malade ne peut nous dire à quel âge elle a marché. Réglée à 17 ans; menstruation régulière.

Dans son jeune âge elle aurait beaucoup souffert de la tête.

A 11 ans, fièvre typhoïde avec accidents méningitiques, séjour au lit pendant six mois.

Pendant la convalescence la malade eut des accidents du côté de l'os frontal et des os propres du nez.

Vers l'âge de 18 ans, fièvres intermittentes ayant duré six mois.

En 1883, bronchite et séjour de vingt jours à l'hôpital. La malade sortit bien guérie. Depuis lors tous les hivers, elle tousse un peu.

Il y a 15 mois, elle a eu une pleurésie, puis une bronchite. Depuis lors la malade n'a cessé de tousser. Les efforts de toux, qui se produisent surtout le matin, amènent parfois des vomissements.

Elle a craché du sang à différentes reprises; sang rouge et rendu par expulsion. Sueurs nocturnes abondantes; oppression au moindre travail.

De temps en temps la malade se plaint d'un point de côté situé à droite; la respiration est gênée par cette douleur.

Une partie du maxillaire supérieur a été nécrosée.

Etat actuel : Malade amaigrie, présentant un enfoncement du frontal et un écrasement notable de la cloison nasale. Les dents ont presque toutes disparu. Celles qui restent sont noirâtres et érodées.

Examen de la poitrine. — A droite et en avant :

le creux sous-claviculaire est plus prononcé que du côté gauche.

Les vibrations thoraciques sont exagérées à la partie supérieure.

Percussion. — Matité depuis la clavicule jusqu'au deuxième espace intercostal sur une étendue de deux travers de doigt en largeur à droite du sternum. Submatité immédiatement sous la clavicule.

Auscultation. — Inspiration saccadée, surtout quand le malade respire doucement; expiration prolongée.

La transsonnance métallique est abolie dans les deux tiers internes; diminuée à la partie externe de la clavicule.

En arrière : Vibrations thoraciques exagérées dans toute l'étendue du poumon.

Percussion. — Submatité dans la fosse sus-épineuse. La sonorité est diminuée dans le reste du poumon.

Auscultation. — Inspiration saccadée. Expiration prolongée. Quelques craquements au niveau de la fosse sus-épineuse. Râle humide à l'angle de l'omoplate.

A gauche : La palpation et la percussion ne donnent rien de particulier. A l'auscultation, on perçoit une expiration prolongée.

Traitement. — Administration du sublimé en potion.

Une quinzaine de jours après, quand nous renvoyons la malade, nous constatons dans son état général et dans les symptômes locaux une grande amélioration.

Les symptômes thoraciques se sont amendés.

Le malade a engraisé d'une manière notable.

Vu : le Président de la thèse,
STRAUS

Vu : le doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

FORGET. — De la syphilose pulmonaire compliquée d'adénopathie trachéo-bronchique (Th. Bordeaux 1890).

DUFOURC. — De l'adénopathie trachéo-bronchique syphilitique (Thèse de Bordeaux, 1887).

CORNIL. — Leçons sur la syphilis. Paris, 1879.

HOMOLLE. — Article syphilis dans le Dictionnaire de Jaccoud

SEIFERT. — De la syphilis des voies aériennes. 65^e congrès des naturalistes allemands. Nuremberg. 16 septembre 1893.

BARBE. — Contribution au diagnostic différentiel de la tuberculose et de la syphilose pulmonaire (France médicale, 42, p. 657, 1892).

BUBINO. — Contribution à l'histoire clinique de la syphilis pulmonaire (Rivista clinica et terapeutica, 41, p. 201, 1892.)

MARFAN. — Syphilis du poumon (Gazette des hôpitaux, 9 janvier 1892).

RAYMOND. — Syphilis tertiaire des voies respiratoires (Gazette des hôpitaux, 12 juin 1890).

ALLEN. — Gommès des glandes lymphatiques du cou simulant la scrofule (Journal of cutaneous diseases, mai 1890).

LUTSGARTEN. — Les affections des ganglions lymphatiques et la troisième période de la syphilis (New-York medical Record, p. 29, 11 janvier 1890).

LANCEREAUX. — La syphilis. Paris, 1873.

FOURNIER. — La syphilis héréditaire tardive. Paris, 1886.

THIBIERGE. — Article syphilis, in Traité de Médecine.

JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes.

BARÉTY. — De l'adénopathie trachéo-bronchique. Th. Paris. 1874.

